FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 106

ÉTUDE DE QUELQUES CAS

DE

Fibromes et Grossesse au début

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

ANDRÉ GUILLET
Né le 13 août 1894, à Grenoble



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS
46, rue de la Charité, 46
—
1921

ÉTUDE DE QUELQUES CAS

DE

Fibromes et Grossesse au début

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ .... DOYEN.
J. LEPINE .... ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE, LACASSAGNE, TESTUT, POLLOSSON (M.)

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER, ROQUE, BARD
Cliniques chirurgicales	TIXIER, BERARD
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE
Clinique ophtalmologique	ROLLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS
Clinique neurologique et psychiatrique	LEPINE (J.)
Clinique des maladies des enfants	WEILL
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LANNOIS
Clinique des maladies des voies urinaires	ROCHET
Clinique chirurgicale des maladies des enfants	NOVE-JOSSERAND
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	CLUZET
Chimie biologique	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie	MOREL
Matière médicale et Botanique	MOREAU
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART
Anatomie	LATARJET
Anatomie générale et Histologie	POLICARD
Physiologie	DOYON
Pathologie interne	COLLET
Pathologie et Thérapeutiques générales	MOURIQUAND
Anatomie pathologique	PAVIOT
Médecine opératoire	VILLARD
Médecine expérimentale et comparée	ARLOING (F.)
Médecine légale	ETIENNE MARTIN
Hygiène	COURMONT (P.)
Thérapeutique	PIC
Pharmacologie	FLORENCE

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Chimie minérale	BARRAL
Accouchements	COMMANDEUR
Embryologie	HOVELACQUE
Anatomie topographique	PATEL
Botanique	BRETIN
Urologie	GAYET
Stomatologie	TELLIER

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL	CADE	COTTE	CORDIER
COMMANDEUR	GUILLEMARD	DUROUX	ROUBIER
NOGIER	GARIN	HOVELACQUE	FAVRE
BRETIN	SAVY	TRILLAT	MURARD
LERICHE	FROMENT	SARVONAT	BONNET
THEVENOT (Léon)	THEVENOT (Lucien)	FLORENCE	GRAVIER, chargé des fonctions
TAVERNIER	PIERY	ROCHAIX	

M. BAYLE, secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. POLLOSSON, *Président;* M. VILLARD, *Assesseur;*
MM. PATEL et TRILLAT, *Agrégés.*

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1920-1921. — N° 106

ÉTUDE DE QUELQUES CAS

DE

Fibromes et Grossesse au début

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 6 Janvier 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR



ANDRÉ GUILLET
Né le 13 août 1894, à Grenoble



LYON
IMPRIMERIE EXPRESS
46, rue de la Charité, 46
—
1921

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553219_0082

A LA CHÈRE MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PÈRE, A MA MÈRE BIEN-AIMÉS

Je dédie ces modestes pages, en témoignage de ma tendre affection et de mon infinie reconnaissance.

A LA GLORIEUSE MÉMOIRE DE MES PARENTS,
AMIS, CAMARADES, MORTS AU CHAMP D'HONNEUR

A TOUS CEUX QUE J'AIME

A MONSIEUR LE PROFESSEUR A. POLLOSSON

Professeur de clinique gynécologique à la Faculté de Médecine

Qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider notre jury de thèse. Hommage respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PATEL

Chirurgien des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Qui nous a inspiré le sujet de notre thèse et nous a toujours accueilli et conseillé avec la plus grande bienveillance, nous exprimons notre gratitude et le prions d'accepter nos remerciements les plus sincères.

A MES JUGES

A MES MAÎTRES

INTRODUCTION

On sait toute l'importance des fibromes utérins au point de vue de la conception, du développement de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches.

On admet, avec M. le Professeur Pinard, que l'utérus fibromateux, fréquent surtout chez les femmes fertilisées tardivement, au voisinage de la ménopause, ou « stériles secondairement » pendant la période d'activité génésique, est aussi apte que l'utérus sain à recevoir le germe et à permettre le développement du produit de la conception.

En général, la grossesse évolue normalement : la grossesse est le principal, le fibrome l'accessoire.

Mais il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Le fibrome et la grossesse peuvent avoir l'un sur l'autre des influences telles que des complications, des accidents graves surgissent, mettant la vie de la mère en danger, et devenant des indications pressantes à l'intervention.

Le fibrome occupe alors toute la scène, le chirurgien consulté ne pourra pas toujours dépister la grossesse, greffée comme un épiphénomène.

Nous nous proposons d'apporter notre modeste contribution à l'étude de ces fibromes de l'utérus coexistant avec une grossesse au début.

CHAPITRE PREMIER

Nous exposerons d'abord les quatre observations qui ont servi de base à cette étude.

Les observations I, II et IV concernent des femmes de 40 ans et plus chez lesquelles la grossesse fut une surprise opératoire.

Dans l'observation III, il est question d'une femme de 31 ans, pour laquelle le diagnostic « fibrome et grossesse » fut nettement posé avant l'intervention.

Nous en profiterons pour discuter le diagnostic de grossesse au début dans un utérus fibromateux.

I. — OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Inédite, due à l'obligeance de M. PATEL)

M^me^ R..., 40 ans.

Une enfant, il y a 18 ans.

Se plaint, depuis avril 1913, de douleurs abdominales.

Règles irrégulières et abondantes.

Vue par M. le Professeur Jaboulay le 16 octobre 1913, lequel reconnut un fibrome utérin très volumineux, et lui conseilla l'intervention.

Elle ne se décida pas tout de suite, mais depuis quatre mois les troubles augmentèrent d'intensité :

Douleurs abdominales vives. Règles irrégulières. Métrorragies, et, depuis deux mois surtout, pertes plus abondantes.

A l'examen (27 février 1914), tumeur abdominale très volumineuse remontant au-dessus de l'ombilic. La tumeur a plus que doublé de volume depuis octobre 1913 :

Tumeur bosselée, avec des masses marronnées très perceptibles par la palpation abdominale.

A l'exploration vaginale, on se rend compte que la tumeur appartient à l'utérus et qu'il s'agit indiscutablement d'un fibrome utérin plongeant à l'intérieur de la cavité pelvienne.

L'intervention est proposée à nouveau et le diagnostic supposé est celui de fibrome en évolution avec dégénérescence maligne, à cause des bosselures.

Le 3 mars 1914, (Docteur Patel), laparotomie sous-ombilicale médiane :

On tombe sur un énorme fibrome utérin parsemé de bosselures d'aspect blanchâtre, l'une surtout, antérieure, est très volumineuse et présente un aspect absolument néoplasique. Le reste du fibrome est rouge vineux avec une vascularisation très forte, de consistance molasse.

Hystérectomie totale sans incident.

Examen de la pièce. — Fibrome du poids de 9 livres. A la coupe, on trouve à l'intérieur un fœtus de quatre mois environ bien conformé. Il existe des noyaux fibromateux dans la cavité utérine, disséminés un peu partout. Plusieurs sont placés en bas de la poche fœtale, et certainement l'accouchement du fœtus eût été impossible.

La section des masses d'apparence néoplasique montre simplement des noyaux fibromateux blanchâtres simulant assez bien un fibrome ramolli.

La découverte de cette grossesse a été une surprise, la malade ne présentant aucun signe spécial, les métrorragies ayant continué, aucun signe du côté des seins. Elle ne se savait pas enceinte, son dernier enfant datant de 18 ans.

Les suites opératoires furent normales. La malade sortit guérie le 25 mars 1914.

D'après des nouvelles récentes (juillet 1920), son état est tout à fait satisfaisant.

OBSERVATION II

(Inédite, due à l'obligeance de M. PATEL)

Mme ..., 42 ans.

A eu deux enfants.

Depuis trois mois se plaint d'augmentation de volume de l'abdomen et de douleurs dans la partie inférieure de l'abdomen.

Les règles ont cessé depuis trois mois.

A l'examen : grosse tuméfaction utérine remontant jusqu'à l'ombilic, irrégulière et bosselée.

Deux métrorragies assez abondantes depuis ces trois mois. Les seins ont légèrement augmenté de volume.

Le diagnostic est fait de fibrome utérin à évolution rapide.

Indication opératoire est posée. Le 23 avril 1914, M. le Professeur Patel fait l'hystérectomie abdominale totale.

Toute la masse utérine enlevée pèse 2 kilos. A la coupe, on constate un embryon de 2 mois et demi, qui siège dans la cavité utérine. La paroi utérine est bourrée de fibromes nombreux, les uns du volume de deux poings, les autres du volume d'une noix. Quelques-uns de ces fibromes sont ramollis et présentent l'aspect macroscopique de malignité; d'autres sont le siège d'hémorragies interstitielles. L'examen histologique n'a pas été fait.

Guérison normale en 15 jours.

En avril 1919, la malade revient chez M. le Professeur Patel avec une tuméfaction lombaire droite. On songe à un noyau de généralisation du fibrome. On fait la néphrectomie droite, et l'on trouve un noyau cancéreux du pôle inférieur du rein droit.

OBSERVATION III

(Inédite, due à l'obligeance de M. PATEL)

Mme P..., 31 ans, cultivatrice.

Entrée dans le service de M. le Professeur Patel le 14 juin 1920. Vient à l'hôpital pour tumeur abdominale.

Réglée à 12 ans. Règles irrégulières. Pas de pertes blanches.

Mariée à 25 ans. Mari bien portant.

Il y a quatre mois, cette femme aurait fait une chute sur le ventre, qui ne lui a laissé que quelques contusions du membre inférieur droit.

Depuis le 15 février 1920, elle n'a pas revu ses règles. Elle a ressenti quelques picotements dans les seins, qui auraient augmenté de volume, et a présenté des troubles nerveux et dyspeptiques.

Ces quinze derniers jours, la malade a souffert un peu dans l'abdomen et dans les reins avec une légère constipation et miction un peu douloureuse.

La malade, se croyant enceinte, consulte un docteur, qui l'envoie à l'hôpital.

A l'entrée : malade en très bon état général, elle ne souffre pas.

Examen :

A l'inspection, abdomen augmenté de volume, mais d'aspect normal.

A la palpation, qui n'est pas douloureuse, on sent une grosse masse occupant toute la fosse iliaque gauche et remontant jusqu'au-dessus de l'ombilic; cette masse n'est pas adhérente à la peau, mais elle est immobile. Elle semble se prolonger dans toute la fosse iliaque droite, mais paraît moins dure et se délimite moins bien.

Au toucher vaginal, col mou, masse saillante dans le cul-de-sac de Douglas à contours ramollis.

La malade est vue par un accoucheur des hôpitaux (M. Plauchu), qui décide qu'il n'y a qu'à intervenir chirurgicalement, posant le diagnostic net de fibrome et grossesse.

Intervention le 19 juin 1920 (M. Patel) :

Laparotomie sous-ombilicale médiane. On trouve immédiatement un immense fibrome utérin avec deux masses principales, une inférieure et une supérieure.

La vascularisation est extrême : ligature systémique de tous les pédicules.

Hystérectomie subtotale sans aucun incident. Appendicectomie.

Examen de la pièce. — Grossesse de 3 mois 1/2, avec fœtus de sexe indéterminé.

Toute la masse utérine enlevée pèse 2 kilos. On constate deux grosses masses fibromateuses : l'une sessile, faisant corps avec le fonds utérin; l'autre pédiculée, occupant la partie gauche de l'abdomen. Cette masse pédiculée, presque sphérique, a, dans ses plus grands diamètres, 11 et 9 centimètres. Le pédicule, très court et épais, s'insère sur l'angle gauche du fond utérin.

OBSERVATION IV

(Inédite, due à l'obligeance de M. Delore)

Mme L..., 40 ans.

Mariée depuis 1900. Un enfant en 1902. N'a jamais été enceinte depuis. Digestions difficiles.

Bien réglée jusqu'en 1915. Depuis cette date, époques très irrégulières, fétides, avec caillots. Pas de pertes blanches.

Depuis décembre 1918, n'a plus vu ses règles.

Depuis août 1919, le ventre s'est mis à grossir : Douleurs lombaires assez intenses, constipation opiniâtre.

Le 16 octobre 1919, castration abdominale subtotale (M. Delore).

Il s'agit de fibromes multiples, saillants vers la cavité utérine, et volumineux. Grosses veines au niveau du pédicule.

A l'incision, gros fibrome d'allure dégénérée; en outre, grossesse de 3 ou 4 mois.

II. — Symptômes et Diagnostic de grossesse au début dans un utérus fibromateux

Il est une règle, pour ainsi dire invariable, qu'on doit observer, lorsqu'on examine une femme pendant la

période d'activité génitale, c'est de rechercher toujours si elle est enceinte et de ne refuser à admettre cet état que lorsqu'on en a la certitude absolue.

Mais le diagnostic peut présenter de réelles difficultés, surtout chez les femmes âgées, et les observations sont nombreuses, nous en apportons trois (Obs. I, II et IV), où la grossesse n'a été connue qu'à l'examen de la pièce, après incision de l'utérus.

Une femme, depuis longtemps atteinte de fibrome utérin et chez laquelle la tumeur a déjà subi des poussées de croissance successives, voit brusquement sa tumeur augmenter de volume et des phénomènes de compression apparaître (Observation I). Cette femme ignore sa grossesse et, chez elle, le fibrome est au premier plan; c'est lui qui attire et fixe l'attention. Le chirurgien consulté, frappé des progrès subitement inquiétants de ce fibrome, peut croire à un accroissement de la tumeur dû à toute autre cause que la grossesse — une transformation maligne, par exemple. — Et, s'il songe à la grossesse, comment la découvrir ? Comment reconnaître l'utérus gravide au milieu de ces masses dures, bosselées, souvent multiples, qui l'enveloppent ?

Des signes certains de la grossesse — ballottement, bruits du cœur, mouvements actifs du fœtus — il n'en constatera aucun, et ce fait est d'autant moins étonnant que c'est, le plus souvent, dès le début de la grossesse que le fibrome prend ce développement inquiétant.

Il n'a, pour se renseigner, que les symptômes sympathiques de la grossesse, — troubles de l'appétit, nausées, vomissements; modifications du côté des seins, — qui

n'ont pas grande valeur et quelques signes plus probants :

Coloration hortensia de la vulve et du vagin,

Consistance particulière de l'utérus, ramollissement du col,

Et surtout arrêt des règles.

Cessation des règles. — Elle a une importance considérable, c'est souvent le seul signe. Chez une femme jeune (Obs. III, femme de 31 ans), c'est un signe de certitude.

Mais si c'est à une époque voisine de la ménopause qu'apparaît la grossesse (Obs. I, femme de 40 ans), (Obs. II, femme de 42 ans), (Obs. IV, femme de 40 ans), si surtout la femme n'a jamais été enceinte, ou est restée secondairement stérile depuis de nombreuses années (Obs. I, 18 ans), (Obs. IV, 17 ans), on aura grande tendance a attribuer la cessation des règles à la ménopause attendue.

Dans l'Observation IV, l'erreur était d'autant plus facile que la cessation des règles remontait à près d'un an. Parfois le début de la grossesse, au lieu de l'arrêt des règles, est le point de départ d'hémorragies répétées, pouvant simuler la menstruation, qui détournent le médecin de l'idée de grossesse (Obs. I, métrorragies abondantes; Obs. II).

Consistance particulière de l'utérus et ramollissement du col. — La mollesse, l'élasticité de l'utérus gravide sont également un bon signe de grossesse.

Au milieu des masses fibromateuses dures, on peut sentir, par le palper simple ou combiné au toucher, une région plus souple, plus molle, fluctuante ou seulement

rénitente, d'apparence kystique, qui fait songer à l'utérus gravide.

Fochier a même insisté sur l'importance de la fluctuation dans l'utérus fibromateux où, pour lui, elle constituerait un phénomène presque constant.

Dans les cas de fibrome sous-séreux (Obs. III), l'utérus étant distinct de la tumeur, surtout si le fibrome est pédiculé, on pourra assez facilement percevoir ses variations de volume et de consistance et le diagnostic sera, en général, aisé. Il faudra tenir compte du ramollissement du col et de l'état de l'isthme utérin.

Mais souvent le ramollissement du col, la consistance demie-fluctuante de l'utérus font défaut. Si on a affaire, en particulier, à une tumeur fibreuse du corps (muqueuse ou interstitielle) le col est dur, la masse fibromateuse entoure l'utérus d'une cuirasse résistante et ferme, au milieu de laquelle on ne pourra déceler le kyste fœtal (Obs. I, II, IV).

Le développement rapide de la tumeur, les bosselures irrégulières et nombreuses (Obs. I) peuvent même faire penser à une dégénérescence maligne.

Le diagnostic de grossesse dans un utérus fibromateux chez une femme âgée sera donc très difficile pour ne pas dire impossible.

Et, dans les trois cas que nous publions, logiquement la grossesse ne pouvait être décelée.

CHAPITRE II

Marche et complications des fibromes de l'utérus gravide

Le diagnostic de « fibrome et grossesse » est, certes, d'une importance capitale pour arriver à connaître la conduite à tenir, mais on peut dire que le mode de développement des fibromes, les divers incidents qui peuvent résulter de leur existence ont une influence considérable sur la détermination à prendre à leur sujet.

Dès le début de la grossesse, les fibromes utérins peuvent subir des modifications importantes et créer des complications sérieuses que nous allons étudier.

Nous verrons :

1° L'influence de la grossesse sur le fibrome ;

2° L'influence du fibrome sur la grossesse.

I. — Influence de la grossesse sur le fibrome

MODIFICATIONS DES FIBROMES UTERINS PENDANT LA GROSSESSE

1. La tumeur augmente de volume. — Les corps fibreux de l'utérus subissent, au cours de la grossesse, un accroissement plus ou moins marqué, souvent rapide.

Cette hypertrophie serait due soit :

a) A la prolifération du tissu conjonctif intestitiel;

b) A la vascularisation exagérée du tissu néoplastique, qui suit celle de l'utérus gravide (parfois ce développement vasculaire est tel qu'en certains points le fibrome prend les caractères d'une tumeur érectile télangectiasique) ;

c) A l'hypertrophie des fibres musculaires lisses.

2. La tumeur se ramollit. — Les corps fibreux participent aux phénomènes de ramollissement que l'on observe du côté des organes génitaux. C'est une véritable infiltration œdémateuse.

3. Nécrobiose de la tumeur. — Les observations en sont peu nombreuses dans la littérature médicale.

Les altérations constatées au niveau des fibromes sont variables :

Parfois la tumeur ramollie prend une coloration lie de vin ou hortensia qui serait due à une infiltration sanguine diffuse de la tumeur avec hémorragie en foyer (dégénérescence rouge de Bland-Sutton).

Dans d'autre cas, d'après Chavannaz, la tumeur est ramollie, pulpeuse, renfermant par places des pseudo-kystes à contenu séreux, séro-sanguinolent, louche ou purulent; le nodule fibromateux peut être entouré de sérosité, de liquide hématique ou de pus. Il peut aussi avoir à peu près disparu, transformé qu'il est en masse suppurée.

La pathogénie des accidents prête à discussion.

L'infection est parfois nettement en cause, en particulier dans les fibromes suppurés, d'ailleurs type de

lésion le plus rare. L'infection serait due, d'après Berger, soit à l'existence préalable d'infection de la cavité utérine, soit à la présence de collection suppurée des trompes, ou bien se propagerait par adhérence à des organes infectés, annexes malades, ou à des organes qui, comme le rectum, contiennent une flore bactérienne capable d'exalter la virulence sous certaines influences, surtout si un point de sphacèle vient à créer un point d'appel pour l'infection. Ces fibromes peuvent aussi contenir des germes capables d'exalter leur virulence en présence d'une dégénérescence quelconque, déterminée, par exemple, par un traumatisme.

Beaucoup plus délicate est l'explication à trouver pour des fibromes se présentant stériles, à l'examen bactériologique, et n'offrant que des lésions de nécrobiose aseptique. Faut-il voir là le résultat d'une altération vasculaire, en particulier un défaut de circulation artérielle ? Cela est possible. Mais, dans l'état actuel de la science, la pathogénie des troubles nutritifs des fibromes au cours de la grossesse reste trop souvent assez obscure. (Chavannaz.)

COMPLICATIONS DUES AUX ALTERATIONS PARTICULIERES DES FIBROMES

1. Hypertrophie rapide. — Dénutrition. — Le développement de la tumeur peut prendre une allure sur-aiguë — marche galopante de Pozzi :

L'état général est de suite profondément atteint ; les malades sont pâles, émaciées ; elle se plaignent de dyspnée, de palpitations, de sensations d'étouffement, qui

traduisent le surmenage du muscle cardiaque. L'albuminurie est fréquente. Des vomissements, des troubles intestinaux, ne tardent pas à survenir, qui activent encore la dénutrition, caractérisée par l'anémie extrême et la cachexie. On peut penser, à la présence d'une tumeur maligne, devant de tels symptômes qui font de l'intervention hâtive une nécessité vitale.

2. Accidents de compression et d'enclavement. — L'hypertrophie des fibromes sous l'influence de la grossesse peut produire des phénomènes mécaniques de compression, surtout marqués dans les cas de fibromes pelviens, enclavés dans le petit bassin.

a) *Troubles de compression nerveuse.* — Ils sont les plus fréquents. Ce sont parfois des douleurs sourdes, gravatives, localisées à la région sacrée ou à la région hypogastrique et qui, par leur persistance, incommodent beaucoup la malade.

Ces douleurs s'exagèrent par la station debout, par la marche, et sont calmées par le repos au lit.

Elles s'accompagnent d'irradiations vers les reins, les cuisses, affectant, soit le type de névralgie crurale, soit celui de névralgie sciatique.

Parfois, ces douleurs surviennent brusquement par accès, sous forme de coliques violentes et peuvent simuler des accidents de torsion. Dans quelques cas, les phénomènes douloureux sont si violents qu'ils rendent le repos impossible à la malade, retentissent gravement sur l'état général.

Il ne faut pas mettre tous les symptômes sous la

dépendance d'une compression lombo-sacrée: dans bien des cas, on peut les rattacher au péritonisme.

b) *Voies urinaires.* — Sur l'appareil urinaire, les troubles les plus variés s'observent:

Si l'urètre ou le col vésical sont comprimés, il y aura de la dyspnée ou même de la rétention, suivie d'incontinence par regorgement, avec la menace d'infection qu'elle comporte en raison des cathétérismes répétés qu'on est obligé d'exécuter.

Si l'un des uretères ou les deux uretères sont comprimés, le cours de l'urine ne se fera plus régulièrement, et les accidents sont encore plus redoutables: On observe alors, souvent, de l'albuminurie réflexe à un taux plus ou moins élevé, et c'est là déjà un accident sérieux. Mais, pour peu que l'infection s'établisse (soit spontanément, soit à la suite d'un cathétérisme), l'urétrite, la cystite, la pyélonéphrite, la néphrite suppurée seront à peu près inévitables, et la vie de la mère sera gravement menacée.

c) *Appareil digestif.* — Du côté du tube digestif, on voit la constipation devenir de plus en plus accentuée. Bientôt les lavements, les purgatifs sont insuffisants, et les symptômes d'une occlusion chronique et progressive s'établissent:

Le ventre se ballonne, l'appétit est perdu, la langue est sèche, l'haleine fétide. Des vomissements surviennent souvent; le visage pâle, les traits tirés témoignent des progrès de l'intoxication.

L'état général ne tarde pas à être profondément atteint.

Si les troubles urinaires et digestifs se trouvent associés, on saisit facilement que les lésions du foie et des reins, qui préparent l'accès éclamptique, s'installent plus facilement que chez une femme ne présentant pas ces troubles.

Rien d'étonnant à la fréquence plus grande alors de l'éclampsie.

d) *Appareil circulatoire.* — La compression de la veine cave inférieure, des veines iliaques, provoque de l'œdème et des varices des membres inférieurs, prédispose aux thromboses, à la phlébite.

La thrombose reconnaît le plus souvent comme unique cause la compression exercée par le fibrome sur les veines iliaques facilitée par les altérations du sang causées par l'anémie chez les grandes hémorragiques. Souvent cette thrombose évolue sans manifestation appréciable. Les formes latentes, d'après Duverger, expliquent dans une certaine mesure les embolies pulmonaires ou cérébrales postopératoires après hystérectomie pour fibromes.

Par suite de la gêne de la circulation veineuse et de la dénutrition qui accompagne les gros fibromes, le cœur est atteint de lésions plus ou moins prononcées: dilatation du cœur gauche et dégénérescence de la fibre cardiaque (atrophie brune).

e) *Compression du diaphragme.* — Le refoulement du diaphragme par les grosses tumeurs amène la compression pulmonaire, le surmenage du cœur, caractérisés par de la dyspnée.

f) *Péritoine.* — Du côté du péritoine, les phénomènes ne sont pas moins importants.

Ils sont assez fréquents lorsque la tumeur a subi un accroissement rapide qui, déterminant la distension brusque du péritoine, peut irriter la séreuse.

On peut observer soit des accidents, à marche lente, atténués, de péritonisme (douleurs, vomissements modérés, sensibilité du ventre et de la tumeur) ; soit des accidents à marche aiguë, inquiétants (vomissements fréquents, ventre ballonné avec sensibilité extrême de la paroi, pouls rapide, parfois température), dénotant qu'il existe une réaction grave de la séreuse, pouvant aller jusqu'à la péritonite localisée et, dans des formes rares, il est vrai, généralisée.

Ces accidents de réaction péritonéale sont quelquefois dus à la torsion du pédicule d'un fibrome sous-péritonéal.

3. Phénomènes de torsion. — La torsion du pédicule de la tumeur s'observe assez rarement. Elle se ferait dans le sens des aiguilles d'une montre, avec un nombre variable de spires et n'intéresserait que des fibromes peu volumineux entre le deuxième et le sixième mois.

On peut avoir cliniquement : soit la torsion lente ne donnant, souvent, aucun symptôme, ou donnant des symptômes douloureux intermittents, des troubles de miction et de défécation ; soit la torsion aiguë ou suraiguë, avec des accidents à début brutal de réaction péritonéale (douleurs, vomissements, ballonnement abdominal, petitesse du pouls). Le fibrome peut aussi se sphacéler.

La torsion axiale de l'utérus fibromateux est encore plus rare.

4. Nécrobiose de la tumeur (Chavannaz). — Les symp-

tômes de fibrome sphacélé au cours de la grossesse consistent, avant tout, en des manifestations douloureuses et fébriles. Les troubles douloureux sont limités parfois à la tumeur; plus souvent, ils s'étendent à tout l'abdomen. La douleur est ordinairement peu accentuée, mais elle peut aussi prendre une grande accuité, être si brusque et si intense que, comme le dit Bland-Sutton, elle peut faire songer à la rupture d'une grossesse tubaire.

La température est variable, ordinairement peu élevée, elle peut atteindre 39°; mais même dans les fibromes à nécrose aseptique, elle ne manque guère de s'élever et se trouve alors de quelques dixièmes au-dessus de la normale.

Certaines malades ont un retentissement péritonéal dont on peut trouver la signature au moment de l'intervention sous forme d'adhérences et de fausses membranes intrapéritonéales.

Les femmes à fibrome sphacélé prennent une teinte jaunâtre rappelant un peu celle des cancéreuses.

II. -- Influence du fibrome sur la grossesse

Les fibromes peuvent ne pas contrarier l'évolution de la grossesse, surtout si l'ovule s'implante sur une région normale.

Mais souvent la grossesse se trouve soit interrompue, soit tout au moins compliquée du fait de deux éventualités :

1° L'insertion du placenta, en partie ou en totalité, sur le segment inférieur;

2° L'insertion du placenta au niveau d'un fibrome sous-muqueux.

COMPLICATIONS DUES A LA GENE APPORTEE PAR LE FIBROME AU DEVELOPPEMENT DE L'ŒUF

1. Hémorragies. — Elles ne sont, en général, pas fréquentes, mais peuvent menacer, par leur abondance et leur répétition, la vie de la femme.

Ces hémorragies se produisent souvent à l'époque des règles avec les mêmes caractères d'abondance et de durée, d'où une cause d'erreur conduisant à méconnaître l'existence de la grossesse.

Les hémorragies seraient dues soit :

1° A « l'état congestif de l'utérus, favorisé par la sclérose vasculaire et périvasculaire des vaisseaux utérins » (Schwartz) ;

2° A l'endométrite concomitante, fréquente chez les femmes qui ont un fibrome;

3° Presque toujours à l'insertion basse du placenta (Pinard). Cette insertion basse étant plus fréquente dans les utérus fibromateux (fibromes interstitiels et sous-muqueux) que dans les utérus normaux.

Il faut signaler aussi l'insertion du placenta sur le fibrome lui-même qui prédispose aux hémorragies.

2. Avortement. — D'après Pozzi, c'est l'accident le plus commun et non le moins grave.

Les fibromes du corps exposent plus que ceux du col à l'avortement. L'agrandissement de l'utérus se faisant aux dépens du corps, un fibrome de cette région apportera une gêne à l'ampliation de l'utérus.

Si l'insertion placentaire est en partie sur le tissu utérin, en partie sur la tumeur, il se produira fatalement des tiraillements à son niveau, par suite du manque de synergie entre les contractions, silencieuses et indolores de la grossesse, des deux tissus différents; d'où des déchirures possibles, des hémorragies et l'avortement (Pujol).

Le fibrome peut jouer aussi le rôle d'épine et provoquer une contraction utérine réflexe. Les fibromes sous-muqueux sont les plus dangereux.

Les principales causes de l'avortement seront donc:

1° La gêne apportée à l'ampliation de l'utérus;

2° Les tendances hémorragiques, insertion basse du placenta;

3° Les lésions de métrite;

4° Les contractions irrégulières et spasmodiques de l'utérus.

Cet avortement est grave. Les risques sont multiples.

Le défaut de contractilité causé par la présence de la tumeur, la déformation de la cavité, l'inextensibilité du col causeront l'avortement prolongé, la rétention placentaire; et, dans cet utérus, l'infection sera facilement réalisée.

La mauvaise texture du muscle utérin et son défaut de contractilité favoriseront l'hémorragie.

3. Mort du fœtus. — On peut avoir aussi la mort du fœtus par troubles de nutrition de l'œuf. Outre l'infection, la présence de cet œuf dans l'utérus de la mère peut amener des accidents d'auto-intoxication (Delagénière).

CHAPITRE III

TRAITEMENT

I. — Indications de l'intervention chirurgicale

Rien n'est plus instructif à ce point de vue que la lecture des comptes rendus de la discussion qui eut lieu à ce propos à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris en 1901.

Deux clans s'y dessinent très nettement :

D'un côté nous avons les interventionnistes (MM. Legueu. Condamin, J.-L. Faure, Schwartz, Richelot) qui considèrent que l'apparition de troubles sérieux sans être graves justifient une intervention radicale. Il en est même qui précisent que la simple coexistence du fibrome et de la grossesse est un danger dont il faut délivrer la femme.

Dans le clan opposé se rangent tous ceux, accoucheurs ou chirurgiens (MM. Pinard, Routier, Quénu, Delbet Segond, Montprofit) qui n'admettent en aucune circonstance l'opération préventive et qui pensent que l'abstention doit être systématiquement pratiquée, à moins d'accidents graves pouvant compromettre à plus ou moins brève échéance la vie de la mère ou de l'enfant.

Nous sommes au point de vue du traitement en présence de deux opinions radicalement opposées, soutenues par des hommes également éminents.

La conclusion qui nous parait en résulter est que, dans le traitement des fibromes de l'utérus gravide, il ne saurait y avoir, logiquement, de règle de conduite absolue, s'adaptant à tous les cas. En pareille matière, comme d'ailleurs presque toujours en chirurgie, il ne faut pas être dogmatique, il faut être opportuniste.

Pour l'étude limitée qui nous intéresse « fibromes et grossesse au début », voyons quelles sont les indications opératoires.

D'après les observations que nous publions, deux cas peuvent se présenter, ayant chacun leurs indications propres.

1° La grossesse est méconnue, chez une femme de 40 ans et plus (Obs. I, II, IV), non par erreur de diagnostic, mais logiquement parce que, chez cette femme, au voisinage de la ménopause, le diagnostic de grossesse est rendu très difficile pour ne pas dire impossible pour les raisons que nous avons indiquées dans le chapitre premier.

La grossesse disparaît derrière les masses fibromateuses et l'accroissement utérin fait croire à une hypertrophie de la tumeur due à toute autre cause, dégénérescence, cancer.

Dans ces conditions où la grossesse n'est pas connue, les indications opératoires sont les mêmes que pour les fibromes en général.

Si le diagnostic de fibrome à évolution rapide, avec dégénérescence possible est posé (comme dans nos Obs.

I, II, IV), le chirurgien a le devoir d'agir et de pratiquer l'hystérectomie abdominale d'emblée.

La grossesse n'est reconnue qu'après l'opération, à l'ouverture de la tumeur où elle se présente comme un épiphénomène.

Pour les femmes de nos Observations I, II et IV, l'intervention eût été aussi indiquée et radicale, si la grossesse avait été diagnostiquée.

2° Au contraire, dans l'Observation III, chez une femme jeune (31 ans) le diagnostic de fibromes et grossesse au début est nettement posé.

L'indication opératoire est basée sur ce fait de l'accroissement de la tumeur au début d'une grossesse, devant, inévitablement, rendre la continuation de celle-ci impossible ou dangereuse. Un avortement est presque certain, et la présence du fibrome en rendrait le pronostic très sombre pour la mère, sans compter les autres accidents graves qui, du fait des influences réciproques du fibrome et de la grossesse, sont encore susceptibles de venir compliquer la scène.

La femme a, devant elle, toute une longue période durant laquelle sa vie pourra se trouver menacée sérieusement ; quant à l'enfant, il a les plus grandes chances de succomber, les statistiques le prouvent. En pareil cas, il nous paraît injustifié de mettre en péril la vie de la mère pour sauvegarder l'existence bien problématique de l'enfant.

Dans ces conditions, il faut opérer et opérer sans attendre que les accidents vraiment graves, dont les phénomènes observés ne sont probablement que le prélude, fassent leur apparition.

II. — Mode opératoire. — Hystérectomie abdominale

Une opération conservatrice serait évidemment l'idéal, mais la *myomectomie,* opération aveugle, n'est pas à envisager dans les cas que nous étudions. Elle ne peut pas s'appliquer aux fibromes volumineux à évolution rapide, avec dégénérescence possible, aux fibromes à noyaux multiples. Elle est irréalisable pour les fibromes mal encapsulés.

Elle a son indication dans les cas de fibrome pédiculé. Elle serait possible pour un fibrome solitaire bien encapsulé. Mais il faut toujours craindre les hémorragies, l'avortement par traumatisme chirurgical. D'autre part, si le fibrome est énucléable, il l'est presque toujours aux dépens des parois de l'utérus qu'il a dissociées, amincies, en se développant dans leur épaisseur et on peut craindre, dans la suite, une rupture utérine. Malgré les soins pris à « capitonner » la loge d'énucléation par des étages de suture perdues au catgut, on peut observer des hématomes et l'infection peut contaminer le sang épanché.

Donc, des suites, qui n'ont pas la netteté d'hémostase, la sécurité d'asepsie, la garantie pour l'avenir de la femme, que donne l'hystérectomie abdominale méthodique.

Hystérectomie abdominale. — Nombreux sont les arguments en faveur de cette intervention.

1° Cessation immédiate des troubles entretenus par la présence des fibromes : accidents de compression,

hémorragies; modifications rénales, cardiaques; gêne respiratoire..., en un mot toutes les complications des fibromes et grossesse..

2° Une garantie sûre et certaine pour la femme au point de vue des résultats ultérieurs. Pas d'avortement à craindre, exposant la femme à des accidents infectieux alarmants. L'asepsie et l'hémostase sont faciles.

3° L'opération semblerait devoir être difficile: il n'en est rien, à moins que le développement exagéré de la tumeur entre en ligne de compte. Au contraire, le plus souvent, une laxité spéciale des replis péritonéaux, ramollissement œdémateux gravidique, permet d'extraire, pour ainsi dire, l'utérus du bassin.

Le pronostic de l'hystérectomie ne nous paraît pas plus sérieux qu'en dehors de la grossesse. Il est probable que les morts qui ont été signalées tiennent à ce que l'on avait attendu trop tard pour intervenir; la résistance des malades s'étant trouvée diminuée du fait de l'altération de l'état général.

On peut avancer que, pour les cas de « fibromes et grossesse au début », que nous avons étudié, l'hystérectomie est l'opération de choix.

On fait, suivant le cas, l'hystérectomie sub-totale ou l'hystérectomie totale.

Chaque opération à ses indications:

Chez une femme jeune (Obs. III) ou affaiblie, lorsque le col est sain, de longueur et de résistance normales, on choisira la sub-totale, qui laisse, pour l'avenir, à la femme, un vagin normal: opération plus rapide, d'asepsie plus parfaite que la totale.

Chez une femme âgée, ayant des masses fibromateu-

ses à évolution lente, ou si le col est atteint, infecté, même simplement suspect, la totale est indiquée qui permet de supprimer l'organe malade tout entier (Obs. I et II).

On doit apporter un soin tout particulier à l'hémostase, par suite de la grande vascularisation de l'organe. On fera donc la ligature des plus petits vaisseaux ouverts au cours de l'opération.

Plus encore qu'en dehors de la grossesse on aura soin de passer ses principales ligatures à l'aide d'une aiguille afin d'éviter leur glissement.

C'est à cause de l'importance de l'hémostase que le procédé Doyen semble, pendant la grossesse, inférieur au procédé américain qui réalise l'hémostase de la façon la plus méthodique.

CONCLUSIONS

I. — 1° Chez la femme jeune, porteur d'un fibrome, surtout s'il est sous-péritonéal, le diagnostic de grossesse venant compliquer la tumeur est, en général, facile;

2° Chez la femme au voisinage de la ménopause, le diagnostic peut, au contraire, soulever des difficultés : on peut croire à un accroissement de la tumeur dû à toute autre cause (dégénérescence).

II.— 1° Lorsque le diagnostic « fibromes et grossesse au début » est nettement établi, il faut intervenir toutes les fois que l'évolution de la tumeur rend le développement de la grossesse impossible et menace la femme d'hémorragies, d'un avortement qui, dans ces conditions, serait désastreux, et, à plus forte raison, lorsque des complications graves surgissent : mauvais état général, troubles mécaniques, réaction péritonéale, nécrobiose, accidents infectieux, dégénérescence maligne;

2° Lorsque la grossesse est logiquement méconnue chez des femmes âgées, de 40 ans et plus, l'indication opératoire est celle des fibromes en général (en tenant compte du volume, de l'accroissement de la tumeur, des hémorragies).

III. — L'hystérectomie abdominale est, dans ces cas, l'opération de choix, simple, d'hémostase facile, radicale.

La myomectomie, opération aveugle, prédisposant aux hémorragies, à l'avortement et ses complications, n'est même pas envisagée. Elle ne peut trouver son emploi que dans le cas de fibromes pédiculés.

Le Président de la Thèse,
Aug. POLLOSSON.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 23 décembre 1920.

Pour le Recteur et par dérogation :

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

Albert WADDINGTON.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — *Thèse de Paris*, 1907.

BLAND SUTTON. — *The British Med. Journal*, 1909, p. 1473.

BOURSIER. — Fibromes et grossesse, *Revue mens. de gyn. de Bordeaux*, 1903, p. 456.

BURTY. — Contribution à l'étude des fibromes compliqués de grossesse, *Thèse de Paris*, 1907.

CHAVANNAZ. — Nécrobiose des fibromes utérins et grossesse, *XXVIIIᵉ Congrès de Chirurgie*, Paris, 1919.

DELAGÉNIÈRE. — De la grossesse comme complication des fibromes de l'utérus, *Arch. provinc. de chirurgie*, Paris, 1900, p. 69.

— Indications opératoires dans les cas de fibromes compliqués de grossesse, *Ann. de gyn. obst.*, Paris, 1900, t. LIII, p. 81.

DELASSUS. — Des indications de l'hystérectomie abdom. totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse, *Journal de la Soc. Med. de Lille*, 1900, p. 97.

DELBET. — Fibromes et grossesse, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir. de Paris*, 1902, p. 603.

DEMONS et LACOUTURE. — Fibromes de l'utérus avec grossesse méconnue, *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 1905, p. 530.

DOLÉRIS. — Fibromes utérins et grossesse. Pronostic et traitement, *La gynécologie*, 1900, p. 31 et 106.

DUVERGER. — *Revue de Chirurgie*, 1913.

FORGUE et MASSABUAU. — Gynécologie, t. 34 du *Nouveau Traité de Chirurgie de Le Dentu et Delbet*, Paris, 1916.

GROSSE. — *Thèse de Paris*, 1902.

IVANOFF. — Comptes rendus de la *Soc. obst., gyn. et péd.*, 1907, p. 75.

JACOBS. — Fibromes et grossesse, *Bulletin de la Soc. belge de gyn. et obst.*, Bruxelles, 1900-1901, p. 172; 1906-07, p. 9.

Jamain. — *Thèse de Paris,* 1907.

Lefour. — *Thèse d'agrégation,* 1882.

Lepage. — Fibromes et grossesse, *Tribune médicale,* Paris, 1903, p. 299.

— De la torsion des fibromes au cours de la grossesse, Comptes rendus de la *Soc. obst., gyn. et péd.,* Paris, 1906

— Fibromes et grossesse, C. R. de la *Soc. obst., gyn. et péd.,* Paris, 1911, p. 358.

Lucas. — Des indications de l'hystérect. abd. totale dans le traitement des fibromes compliqués de grossesse, *Thèse de Paris,* 1900.

Méheut. — Contribution à l'étude des fibromes gravidiques, rareté des indications à l'intervention au cours de la grossesse, *Thèse de Paris,* 1902.

Montprofit. — *Revue de gyn. et chir. abd.,* juin 1899.

Pinard. — *Annales gyn.,* 1904.

— Fibromes et grossesse, *Clinique,* Paris, 1907, p. 613.

Piquand et Lemeland. — Torsion des fibromes utérins au cours de la grossesse, *L'Obstétrique,* Paris, 1909, p. 473, et 1910, p. 28.

Poitevin de Fontguyon. — *Thèse de Bordeaux,* 1898-1899.

Pontal. — Etude des indications opératoires des fibromes au cours de la grossesse, *Thèse de Montpellier,* 1913-14.

Pozzi. — *Bull. de la Soc. d'obst., gyn. et péd.,* oct. 1903 et mars 1906.

Pujol. — La grossesse dans l'utérus fibromateux, *Revue intern. de méd. et chir.,* Paris, 1897, p. 167.

Schwartz. — Des indications de l'intervent. chirurgicale au cours de la grossesse compliquée de fibromes, *Annales de gynécologie,* Paris, 1901, t. LVI, p. 81.

Soubeyran et Æconomos. — *Montpellier méd.,* 15 fév. 1914.

— *Gaz. des Hôpitaux,* juillet 1914, n[os] 77-78.

Turner. — Des interventions chirurgicales dans les fibromes gravidiques, *Thèse de Paris,* 1900.

Varnier. — De la tolérance des fibromes au cours de la grossesse, *Ann. gyn.,* Paris, 1901, t. LVI, p. 91.
